

Pflegeforschung

Newsletter-Intensiv

Kiel und Lübeck im Dezember 2017

► Für Euch gelesen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
dieser Newsletter beschäftigt sich mit der Einschätzung von beatmeten Patienten, subglottischer Absaugung, den Gefahren für Reanimationsteams, der Implementierung von ethischen Entscheidungen und dem Perme-Score. Viel Spaß beim Lesen wünschen Euch Peter Nydahl und Susanne Krotsetis.

Beschwerden von Patienten einschätzen

Beatmete Intensivpatienten können nicht sprechen und kommunizieren v.a. durch Mimik und Gestik; die Gefahr von Missverständnissen und Fehlinterpretationen ihrer Bedürfnisse und Beschwerden ist dadurch gegeben. Langlume et al. (2017) aus Frankreich untersuchten anhand von 51 beatmeten Intensivpatienten die Einschätzung der Beschwerden durch Pflegende, Ärzte, Familienangehörige und verglichen die Antworten mit den Angaben der Patienten selbst, die hierzu durch einen Psychologen über 30 Minuten interviewt wurden. Die häufigsten Beschwerden waren Schlaflosigkeit, die Unfähigkeit zu sprechen und der Endotracheale Tubus. Interessanter Weise gaben weniger Patienten den Tubus als störend an als Patienten dafür eingeschätzt wurden, wobei der Unterschied statistisch nicht signifikant war. Patienten gaben aber signifikant häufiger ein Missverständnis als Pflegende an, die wiederum meinten, den Patienten richtig zu verstehen (55 % vs. 33 %). Insgesamt war die (berechnete) Übereinstimmung zwischen Pflegenden, Ärzten und Familienangehörigen und den Beschwerden der Patienten eher schwach. Die Autoren geben an, dass dennoch 80 % der Beschwerden in fünf Schlüsselworten angegeben, bzw. abgefragt werden können: **Schmerz, Schlaflosigkeit, Beatmungsschlauch, Sprechen können, Durst**. Die Ergebnisse gelten für die Station in Frankreich und können eingeschränkt übertragbar sein.

Kommentar: *Wir alle wissen, wie wichtig es ist, sich verstanden zu fühlen, gleichzeitig ist die Kommunikation mit beatmeten Intensivpatienten oftmals langwierig und schwierig. Auch die Kommunikation im Team über die wahrgenommenen Beschwerden von Patienten kann sehr missverständlich sein. Die genannten Schlüsselworte können einen Hilfe sein, herauszufinden, was einen Patienten bedrückt. Weiterhin scheint es relevant zu sein, eingeschätzte Beschwerden durch einen Patienten bestätigen zu lassen, um nicht einer Fehlinterpretation zu unterliegen (PN)*

Quelle: Langlume S, Labro G, Puyraveau M, Capellier G, Piton G. Estimation of critically ill patients' complaints by the nurse, the physician and the patient's family: A prospective comparative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2017 Aug 30. pii: S0964-3397(17)30052-6

Gibt es Komplikationen bei einer subglottischen Absaugung?

Das Robert Koch Institut empfiehlt in seinen Richtlinien von 2013 „die Verwendung von Endotrachealtuben zur subglottischen Sekret drainage für Patienten mit einer zu erwartenden Beatmungsdauer von mehr als 72 Stunden zur Verhinderung einer Pneumonie (Kat IA).“ (KRINKO 2013, S. 1582). Viele Intensivstationen befolgen diese Empfehlungen, aber gibt es auch eventuelle Nebenwirkungen oder Komplikationen einer kontinuierlichen oder intermittierenden subglottischen Absaugung? Vallés et al. (2017) untersuchten in einer prospektiven Studie mittels einer tomographischen Untersuchung Komplikationen der Probanden im oberen Halsbereich. Beurteilt wurden dabei Läsionen im Bereich der Subglottis und der Trachea wie Verdickung der Mukosa, Knorpelverdickung und Ulzerationen. Ergebnis: Es wurden n= 37 Patienten nach der Extubation untersucht. Insgesamt wiesen 9 dieser Patienten (24,3 %) „Verletzungen“ im CT Bild auf. Sieben Patienten hatten Verdickung der subglottischen Mukosa, ein Patient hatte eine Knorpelverdickung und ein Patient eine leichte Stenose aufgrund einer Knorpelverdickung. Die Forscher schlussfolgern, dass die möglichen Komplikationen einer subglottischen Absaugung als leicht einzustufen sind und vorwiegend im subglottischen Raum zu finden sind. **Kommentar:** *Wie ich finde, eine interessante Studie. Haben wir uns das eigentlich mal gefragt: „Was macht eine subglottische Absaugung mit der Schleimhaut und den umliegenden Strukturen?“ Es ist wichtig, auch Empfehlungen, wenn möglich, auf Nebenwirkungen oder Komplikationen hin zu untersuchen, um sie unter diesen Aspekten und gewonnenen Erkenntnissen weitergehend beurteilen zu können. In diesem Falle überwiegt der Vorteil ganz klar die etwaigen Komplikationen. Mehrere Studien und Metaanalysen konnten aufzeigen, dass von dieser Maßnahme vor allem Patienten mit einer Beatmungsdauer von mehr als 72 Stunden profitieren und die Inzidenz von Pneumonien bei diesen Patienten um bis zu 50 % gesenkt werden konnte (KRINKO 2013). (SK)*

Quelle: Vallés J. et al. (2017). Incidence of airway complications in patients using endotracheal tubes with continuous aspiration of subglottic secretions. *Annals of Intensive Care.* 7:109.

Ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung implementieren

Die Einführung von neuen Ansätzen zur ethischen Entscheidungsfindung ist komplex und kann von vielen Faktoren abhängig sein. Meyer-Zehnder et al (2017) aus Basel haben nach der Einführung eines ethischen Entscheidungsmodells namens METAP in verschiedenen Teams untersucht, welche Faktoren für die Implementierung förderlich, bzw. hinderlich waren. Das METAP besteht auf vier eskalierenden Stufen: a) ethische Selbstreflexion, b) ethische Beratung durch geschulte Kollegen, c) ethische Falldiskussion, d) Ethikberatung. Hierzu wurden Interviews und Fragebögen verwendet. Die Faktoren, die häufig als förderlich beschrieben wurden, waren: Akzeptanz und Präsenz des Modells, Unterstützung durch das medizinische und pflegerische Management, eine existierende oder sich entwickelnde Ethikkultur, die Wahrnehmung eines Bedarfs für ein ethisches Entscheidungsmodell sowie engagierte Teammitglieder. Hindernde Faktoren waren der Mangel an Präsenz und Akzeptanz des Modells, unzureichende Zeitressourcen, schlechte Teamkooperation, Abwesenheit von ethischer Kompetenz und die fehlende Wahrnehmung von ethischen Problemen. Die Autoren schlussfolgern, dass die Implementierung der von Leitlinien gleicht und daher ähnliche Strategien zur Implementierung eingesetzt werden können. **Kommentar:** *vor allem in der Intensivmedizin und -pflege treten häufig ethische Fragestellungen auf, die für Einzelne sehr belastend sein können. Der Nutzen eines Modells scheint daher sehr sinnvoll zu sein. Am UKSH unterstützt zudem das klinische Ethikkomitee! (PN).*

Quelle: Meyer-Zehnder B, Albisser Schleger H, Tanner S, et al. How to introduce medical ethics at the bedside - Factors influencing the implementation of an ethical decision-making model. BMC Med Ethics. 2017 Feb 23;18(1):16. doi: 10.1186/s12910-017-0174-0

Gibt es Gefahren für Reanimationsteams?

Rea-Teams sind ein fester Bestandteil in Akutkrankenhäusern. Häufig sind es aber gerade diese Notfallsituationen, die durch den z.B. räumlichen Kontext oder fehlende Informationen besonders schwierig zu meistern sind. Vindigni et al. (2017) befassten sich mit der Frage, ob es für Rea-Teams potentielle Gefahrenquellen gibt, wie weit diese beschrieben sind und es eventuell auch schon Empfehlungen gibt, diesen Risiken in der Praxis zu begegnen. Dafür sichteten die Forscher die verfügbare Literatur (Übersichtsarbeit). Von 6266 Artikeln konnten 73 relevante Artikel in die Ergebnisse dieser Übersichtsarbeit eingeschlossen werden. Ergebnis: Sechs mögliche Risikofaktoren konnten identifiziert werden: 1) Gefahr von Infektionen (z.B. Nadelstichverletzungen, Infektionsübertragung über Atemluft), 2) Risiko elektrischer Unfälle (z.B. Unfälle durch nicht korrekt oder gesicherte ausgeführte Defibrillationen), 3) Risiko von Muskel-Skelettverletzungen (z.B. Stürze durch schnelles Laufen, Zerrungen bei der Herz-Druckmassage in ungünstiger Position), 4) Risiko eines chemischen Unfalls (z.B. bei Behandlung von Patienten mit chemischer Kontamination -> gilt eher im außerklinischen Bereich), 5) Risiko eines Unfalls mit Röntgenstrahlen (z.B. bei Rea Situationen im MRT/CT), 6) Psychische Belastung (frustrane oder im Kontext sehr belastende Situationen -> z.B. Kinder). **Kommentar:** *Auch eine Frage, die wir uns vielleicht so nicht gestellt haben: „Gibt es ein besonderes Gefahrenprofil für die Arbeit im Rea-Team und wie kann man ihm begegnen?“. Die Forscher haben Risikofaktoren, Beispiele und mögliche Lösungen übersichtlich in einer Tabelle zusammengestellt. Der Artikel ist unter dem angegebenen Link frei verfügbar (Open Access). (SK)*

Quelle: Vindigni SM. et al. (2017). Hospital resuscitation teams: a review of the risks to the healthcare worker. Journal of Intensive Care. 5:59
Online: <https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-017-0253-9>

In eigener Sache: Übersetzung des Perme ICU Mobility Scores

Zurzeit gibt es verschiedene Assessmentinstrumente, um die Mobilisierbarkeit von Patienten einschätzen, planen und evaluieren zu können. Der Perme ICU Mobility Score gehört hierbei zu den wenigen Instrumenten, die dabei auch die speziellen Bedingungen von Intensivpatienten berücksichtigen wie z.B. Zu- und Ableitungen, Beatmung usw. Der Perme Score wurde nun regelgeleitet ins Deutsche übersetzt und dessen Interrater-Reliabilität zwischen Physiotherapeuten und Pflegenden getestet (d.h. wie groß ist die Übereinstimmung im Score zwischen beiden Professionen). Hierzu wurden insgesamt 58 kardiochirurgische Intensivpatienten gemeinsam von Physiotherapeuten und Pflegenden mobilisiert und anschließend der Score bewertet. Die allgemeine Übereinstimmung zwischen Physiotherapeuten und Pflegenden betrug hierbei 0,962 (95% Konfidenzintervall: 0,934-0,978) und war sehr gut. **Kommentar:** *das gesamte Projekt wurde in internationaler Zusammenarbeit mit den Entwicklern des Perme Scores Chris Perme (USA) und Kenji Nawa (Brasilien) durchgeführt, die auch an der Übersetzung, Evaluation und Veröffentlichung teilnahmen. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht sehr bemerkenswert ist die effektive Zusammenarbeit von Pflegewissenschaftlern mit z.T. akademisierten Physiotherapeuten und Physiotherapiestudentinnen, die eine hervorragende Arbeit geleistet haben. Obwohl die Überschneidungspunkte beider Professionen sehr vielfältig sind, wurden bislang nur sehr wenige Projekte im Intensivbereich gemeinsam durchgeführt. Wir hoffen auf mehr! (PN)*

Quelle: Nydahl P, Wilkens S, Glase S, Mohr LM, Richter P, Klarmann S, Perme CS, Nawa RK (2017): The German translation of the Perme Intensive Care Unit Mobility Score and inter-rater reliability between physiotherapists and nurses, European Journal of Physiotherapy, DOI: 10.1080/21679169.2017.1401660